

Tadeusz Marian Ostrowski

Zdrowie jako wartość w świetle wyników badania osób zdrowych i po zawale serca

*„Ślachtetne zdrowie,
Nikt się nie dowie,
Jako smakujesz,
Aż się zepsujesz”
(Jan Kochanowski „Na zdrowie”)*

1. Wstęp

Człowiek jest dziwną istotą. Zamiast dbać o swoje kompetencje, uczucia, relacje, czyli pomnażać zasoby, skłonny jest trwonić je bezmyślnie, doznając uszczerbku na zdrowiu, rozmieniając miłość na drobne, niszcząc struktury rodzinne czy zawodowe. Refleksja o tym, że należało zatroszczyć się o określone wartości, przychodzi zazwyczaj wtedy, gdy są już one zagrożone. Charakterystycznym przykładem jest stosunek do zdrowia jako wartości. Od dawna i powszechnie wiadomo, że jesteśmy skłonni nie zwracać uwagi na swoje zdrowie, dopóki jesteśmy z niego zadowoleni. Trudno jednak znaleźć prace, których autorzy podejmują kwestię zdrowia jako wartości. Do nielicznych należą badania zespołu z Akademii Medycznej w Lublinie (Wróńska, Mianowana i Kulik, 2002). Przeprowadzili oni w roku 1999 badania 250 osób w okresie do 4 lat po zawale serca. Stwierdzili, że zdrowie jest deklarowane jako wartość najważniejsza z najważniejszych oraz że jest najbardziej pożądanym celem działania. Autorzy konkludują, że w chorobie chronicznej widoczna jest silniejsza niż przed chorobą tendencja do podejmowania zachowań zdrowotnych, niemniej jednak jest ona zbyt słaba, aby nastąpiła zmiana stylu życia, poziomu wiedzy i nawyków.

Przedstawione w tym rozdziale badania przeprowadzono również wśród osób po zawale serca, ale z udziałem grupy porównawczej. Ich celem było sprawdzenie, czy występuje zależność pomiędzy motywacją do postrzegania zdrowia jako wartości istotnej w życiu a doświadczeniem choroby.

Podstawą teoretyczną badań są poglądy Frankla (1959, 1970, 1984), który w zakresie wartości opowiada się za teorią wartości obiektywnych. Zgodnie z tym ujęciem wartości podstawowe (prawda, dobro, piękno) istnieją interesobowo, to znaczy nie są fundowane przez indywiduum (stanowisko antypsychologistyczne), a także interkulturowo – wartości podstawowe są ponadkulturowe (pogląd przeciwny socjologizmowi). Każda sytuacja może zawierać wartości, które człowiek bardziej wyczuwa niż poznaje (Schelerowskie „czucie wartości”). Według Frankla człowiek realizuje wartości na trzy sposoby: poprzez działanie (wartości twórcze), przeżywanie świata – kontemplowanie piękna, przyswajanie prawdy (wartości przeżyciowe) oraz przyjmowanie postawy wobec trudnych doświadczeń (wartości postawy).

Uwzględniając podstawowe założenia Frankla, wprowadzono pojęcia własne, a mianowicie: *wartość przypisana* oraz *wrażliwość wobec wartości*. *Wartością przypisaną* może być każdy element otaczającego człowieka bytu, z którym wiąże on szczególne znaczenie, który jest dla niego ważny i przez to wyznacza kierunek jego działania. W tym sensie wartością może być rodzina, małżeństwo, praca zawodowa, godność osobista. Każdą wartość przypisaną można wyrazić w kategoriach wartości podstawowych. Jeśli szczęśliwe pożycie małżeńskie rozpatrywać jako wartość przypisaną, to przekłada się ono na miłość, prawdę, uczciwość, lojalność, piękno.

Wrażliwość wobec wartości to cecha dyspozycyjna, której istotą jest gotowość do dostrzegania wartości podstawowych oraz przypisanych w określonej sytuacji życiowej. Dotyczy to zarówno wartości przeżyciowych, twórczych, jak i wartości postawy, które dostrzec najtrudniej, ponieważ wymagają przyjęcia postawy „ponad” sytuację, w której człowiek doświadcza cierpienia (choroba, kryzys rodzinny, inwalidztwo). Frankl zdecydowanie podkreśla, że przeżywanie cierpienia jako wartości pozwala odnaleźć indywidualny, podmiotowy sens wydarzenia i sprzyja rozwojowi człowieka (Nelicki, 1990; Popielski, 1994). Operacyjnym wskaźnikiem pomiarowym wrażliwości wobec wartości jest ilość wyborów wartości, dokonana przez osobę badaną.

Plan badań własnych zakładał przebadanie osób zdrowych i chorych określoną skalą wartości i porównanie wyników. Wzbogacono go, badając osoby zdrowe w zakresie ich subiektywnej oceny zdrowia, z jednej strony i wrażliwości wobec zdrowia jako wartości – z drugiej. Oczekiwano, że osoby wysoko oceniające swoje zdrowie nie będą zbyt wrażliwe na zdrowie jako wartość.

Znaczenie doświadczenia choroby w motywacji do postrzegania zdrowia jako wartości zbadano w grupie osób zdrowych oraz po zawale mięśnia serca. W ten sposób poddano weryfikacji jednostronną hipotezę o tym, że osoby po zawale będą bardziej wrażliwe wobec zdrowia jako wartości w porównaniu z osobami bez zawału. Druga postać tej hipotezy dotyczy osób zdrowych: osoby o wysokiej ocenie swego zdrowia (zdrowie subiektywne) będą mniej wrażliwe wobec zdrowia jako wartości, w porównaniu z osobami, które słabiej oceniają swoje zdrowie.

2. Metoda

2.1. Badane grupy

Zbadano 168 osób zdrowych, w tym 115 kobiet i 53 mężczyzn, w wieku od 18 do 64 lat ($M = 42,91$; $SD = 9,71$). Określenie „zdrowych” należy rozumieć: nie skarżących się w okresie badania na wyraźne dolegliwości i nie leczonych, a przede wszystkim bez objawów choroby wieńcowej. Mężczyźni są nieznacznie starsi od kobiet (M kobiet = 41,97; M mężczyzn = 44,96; SD kobiet = 9,14; SD mężczyzn = 10,65; $t(166) = 1,87$; $p < 0,0628$). Wykształcenie badanych przedstawia się następująco: zawodowe i niepełne średnie – 16 osób (9,5 %), średnie – 72 osoby (42,9 %) i wyższe – 80 osób (47,6 %), co oznacza, że badani reprezentują środowisko ludzi wykształconych. Badania zostały przeprowadzone w okresie od marca do maja 2003 roku w miastach województwa małopolskiego, śląskiego i zachodniopomorskiego.

Druga grupa to 120 osób po pierwszym, niepowikłanym zawale mięśnia serca, w tym 31 kobiet i 89 mężczyzn, w wieku od 32 do 85 lat. Kobiety są znacząco starsze od mężczyzn (M kobiet = 65,58; M mężczyzn = 58,71; SD kobiet = 10,87; SD mężczyzn = 11,47; $t(118) = -2,91$; $p = 0,0043$). 44 osoby mają wykształcenie podstawowe, 62 – średnie oraz 14 – wyższe. Badania przeprowadzono w podobnym okresie w szpitalach małopolskich w pierwszym tygodniu po wystąpieniu zawału. Aby kontrolować efekt świeżego zawału, psychologiczny i farmakologiczny (środki psychotropowe), 32 osoby po zawale serca zbadano ponownie po trzech miesiącach.

2.2. Metody badania

W obydwu programach badań, to znaczy ludzi zdrowych i po zawale serca, zastosowano szereg metod. Wyniki przedstawione tutaj uzyskano za pomocą dwu metod autorskich: Kwestionariusza Wartości oraz metody nazwanej Moje Zdrowie.

2.2.1. Kwestionariusz Wartości

Kwestionariusz składa się z dwu części. W pierwszej badany proszony jest o zapisanie wszystkiego, co jest istotne i pozytywne w jego życiu. Są to więc wartości wymieniane spontanicznie, po czym rangowane przez badanego. Następnie psycholog klasyfikuje je do trzech kategorii: wartości twórcze, przeżyciowe i postawy. Część druga to lista 27 kategorii, z których badany wybiera wartości zgodnie z instrukcją: „Następnie proszę przeczytać poniższe określenia i podkreślić te, o których może Pan/Pani powiedzieć: to jest wartość istotna i pozytywna w moim życiu”, po czym nadaje im rangi i pisze, czym jest dla niego określona wartość. Wyniki oblicza się, sumując wartości w poszczególnych trzech kategoriach (wartości postawy, twórcze i przeżyciowe), po czym dodaje się osobno wartości spontaniczne i sugerowane.

Zazwyczaj kwestionariusze wartości zawierają wyłącznie pozytywne kategorie. W tym wypadku jednak wprowadzono również kategorie negatywne, takie jak: choroba, cierpienie, niepełnosprawność, tęsknota, aby uwzględnić te sytuacje, w których są one przeżywane jako wartość postawy.

Pierwotnym celem obecnego badania za pomocą Kwestionariusza Wartości było określenie wrażliwości wobec wartości postawy. Ponieważ jednak badani, zarówno osoby zdrowe, jak i po zawale serca, nie wymienili spontanicznie (poza jednym badanym wśród zdrowych) żadnej kategorii, którą by można zakwalifikować jako wartość postawy, zrezygnowano z tej części badania, poprzestając na wartościach sugerowanych (wybór z listy). Dlatego, co warto podkreślić, wszystkie przedstawione tutaj wyniki dotyczą wartości sugerowanych. Spośród tych wartości 28,6% osób zdrowych oraz 70% osób po zawale serca wybiera przynajmniej jedną (do 5) wartości postawy.

Rzetelność całego kwestionariusza jest znamienna (alfa Cronbacha = 0,82). Skala wartości postawy ma rzetelność równą 0,76. Niska jest rzetelność skali wartości twórczych i wynosi 0,49. Dobrze natomiast przedstawia się rzetelność skali wartości przeżyciowych (alfa = 0,75). Współczynniki rzetelności uzasadniają liczenie łącznie wartości przeżyciowych i twórczych oraz odrębnie – wartości postawy. Skala wartości twórczych i przeżyciowych, liczonych łącznie, ma rzetelność równą 0,80. Analiza trafności teoretycznej za pomocą analizy czynnikowej potwierdza rezultaty badania rzetelności. Wyodrębniono 3 czynniki, przy czym zgodny z teorią jest czynnik drugi, którym wysyczone są wszystkie wartości postawy (licząc ładunki czynnikowe od 0,35). Natomiast w czynniku pierwszym występuje 13 wartości przeżyciowych i 3 twórcze, a w trzecim pozostałych 6 wartości, co wskazuje, że wartości przeżyciowe i twórcze należy liczyć łącznie. Podobne są rezultaty analizy powtórzonej w grupie osób po zawale serca.

Błąd standardowy wyniku globalnego (SEM) wynosi 1,93. Przedział ufności wyników surowych, na poziomie 90%, zamyka się w granicach: wynik – 3, wynik + 3. Błąd standardowy wyniku w skali wartości przeżyciowych i twórczych ma wartość 0,34; przedział ufności wyników surowych: wynik – 1, wynik + 1. Natomiast błąd standardowy pomiaru za pomocą skali wartości postawy wynosi 0,98; a przedział zamyka się w granicach: wynik – 2, wynik + 2.

Rozkład wyników jest nieco prawostronny, dlatego zostały one przeliczone na skalę stenową. Z wynikami Kwestionariusza Wartości nie jest współzależny wiek, płeć i wykształcenie badanych [$F(3,164) = 0,50$; ni], dlatego w opracowaniu psychometrycznym metody nie trzeba było uwzględniać tych zmiennych. Potrzebę aprobaty społecznej mierzono za pomocą skali *Samokrytycyzm* w metodzie Fittsa (1964), *Skala Badania Obrazu Własnej Osoby* (*Skala Samooceny*). Wyniki całego kwestionariusza nie są podatne na działanie zmiennej aprobaty społecznej [$r(166) = 0,05$; ni]. Podobnie jest ze skalą wartości twórczych i przeżyciowych [$r(166) = 0,07$; ni], natomiast zależność taka występuje w przypadku skali wartości postawy [$r(166) = -0,18$; $p < 0,05$].

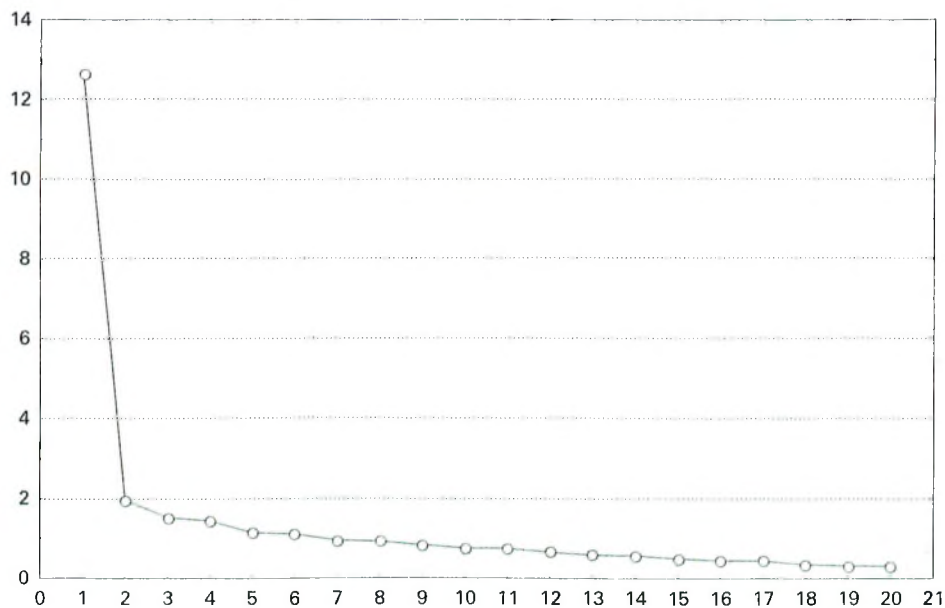
2.2.2. Kwestionariusz Moje Zdrowie

Służy do oceny tego, co określa się zdrowiem subiektywnym i co dla psychologa jest bardzo istotnym wskaźnikiem stanu zdrowia. Jego uzupełnieniem jest zdrowie obiektywne, czyli diagnoza lekarska. Założono, że poczucie zdrowia przejawia się podmiotowo jako sprawność fizyczna, psychiczna i zdolność do satysfakcjonującego trybu życia. Odpowiednio w metodzie wyróżniono trzy komponenty: wydolność fizyczną (8 stwierdzeń), wydolność psychiczną (10 stwierdzeń) i tryb życia (12 stwierdzeń). Każde twierdzenie to skala siedmiopunktowa. Maksymalnie badany może uzyskać 210 punktów.

Rzetelność skal, jak i całego kwestionariusza, okazała się szczególnie wysoka. Współczynnik wydolności fizycznej ma wartość 0,83 (alfa Cronbacha), wydolności psychicznej 0,87 i trybu życia 0,89. Całość kwestionariusza osiągnęła rzetelność na poziomie 0,94. Trafność teoretyczną badano za pomocą analizy czynnikowej. Wyodrębniono 20 czynników. Okazało się, że wszystkie twierdzenia mają znaczące, to znaczy wyższe niż przyjęta wartość kryterialna 0,35, ładunki czynnika I. Tym samym metoda jest jednoczynnikowa. Dlatego liczony jest tylko wynik sumaryczny.

Błąd standardowy wyniku globalnego (SEM) wynosi 5,96. Przedział ufności wyników surowych, oszacowany na poziomie 90%, zamyka się w przybliżeniu w granicach: wynik - 10, wynik + 10.

Wyniki kwestionariusza Moje Zdrowie są skorelowane z wiekiem badanych [$r(166) = -0,27$; $p < 0,0004$]. Ta zależność wskazuje na potrzebę sprawdzenia rze-



Ryc. 1. Wartości własne (oś pionowa) 20 czynników, obliczonych na podstawie wyników surowych kwestionariusza Moje Zdrowie ($n = 168$)

Źródło: opracowanie własne.

telności metody w różnych grupach wieku. Analizując rozkład wyników, wyodrębniono trzy grupy wiekowe. Współczynnik zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha pozostaje bardzo wysoki we wszystkich trzech grupach, to znaczy od 18 do 40 lat wynosi 0,93, od 41 do 50 – również 0,93 i od 51 do 64 – 0,96. Płeć nie różnicuje wyników (M kobiet = 5,48, M mężczyzn = 5,81, $t(166) = 1,01$; ni). Wykształcenie także nie ma związku z wynikami [$F(3,164) = 1,72$; ni]. Rozkład wyników jest lewostronny, w związku z tym dokonano normalizacji, przeliczając je na skalę stenową.

Za pomocą przedstawionych metod zweryfikowano hipotezę sformułowaną we wstępie.

3. Wyniki

Ponieważ badane grupy różnią się znamienne pod względem charakterystyk demograficznych, takich jak: wiek, płeć, wykształcenie i środowisko społeczne, w porównaniu wyników wprowadzono kowariancję tych zmiennych celem wyeliminowania ich wpływu na współzależność pomiędzy zmienną niezależną – zawalem serca i zależną – wrażliwością wobec wartości. Przyjęta procedura dała oczekiwane rezultaty. Wartości współczynnika F są znacząco mniejsze po zastosowaniu kowariancji, ale nadal dowodzą, że wrażliwość wobec wartości osób po zawale serca jest znacząco wyższa, w porównaniu ze zdrowymi, w każdej z wyodrębnionych kategorii wartości (tab. 1).

Podobnie kształtują się wyniki porównania liczebności wybranych, indywidualnych wartości, przez badanych obydwu grup (tab. 2). Osoby po zawale serca wybierały każdą z wartości znacząco częściej. Prawidłowość ta nie dotyczy tylko kategorii *miłość*, która była wybierana bardzo często w obu grupach, jakkolwiek i tu pojawia się różnica. Wśród zdrowych *miłość* jest na pierwszym miejscu w hierarchii wartości, a u osób po zawale spada na szóste. Jej miejsce u chorych zajmuje intere-

Tabela 1.

Zróznicowanie wyników Kwestionariusza Wartości w grupie osób zdrowych ($n = 168$) i po zawale serca ($n = 120$) liczone z kowariancją płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania i bez kowariancji

Zmienne	Osoby zdrowe		Osoby po zawale serca		Z kowariancją		Bez kowariancji	
	M	SD	M	SD	F (1,282)	P	F (1,286)	P
Wrażliwość wobec wartości (steny)	5,59	2,00	8,02	1,36	50,65	0,0001	133,00	0,0001
Wrażliwość wobec wartości postawy	0,26	0,78	0,89	1,37	5,74	0,0172	24,85	0,0001
Wrażliwość wobec wartości twórczych i przeżyciowych	11,60	4,24	17,16	3,16	54,61	0,0001	147,78	0,0001

Źródło: opracowanie własne.

sujące nas *zdrowie*, które zresztą w grupie zdrowych jest na wysokiej, drugiej pozycji. Doświadczenie zawału serca nie ma więc znaczenia, jeśli chodzi o miejsce *zdrowia* w hierarchii wartości. Podobnie jest w przypadku *choroby*. *Zdrowie* zajmuje czołowe miejsce w hierarchii obydwu grup, a *choroba* jedno z końcowych (tab. 2).

Zawał serca natomiast współwystępuje z większą wrażliwością wobec wszystkich wartości, w tym *zdrowia* i *choroby*. Nie jest więc tak, że osoby po zawale serca są bardziej wrażliwe szczególnie wobec *zdrowia*, jako istotnej wartości. Tym samym wyniki różnicowania: zdrowi – chorzy nie potwierdzają postawionej na wstępie hipotezy, że w chorobie występuje większa wrażliwość wobec *zdrowia*. Pozostaje sprawdzić, czy nie da takiego potwierdzenia porównanie: zdrowi z wysoką subiektywną oceną *zdrowia* – zdrowi z niższą subiektywną oceną *zdrowia*.

Wcześniej jednak warto poruszyć dwie kwestie: po pierwsze znamienne jest duże podobieństwo w zakresie górnych pozycji hierarchii wartości w obydwu grupach. Wskazuje to z jednej strony na trafność metody, a z drugiej sugeruje badanie stabilności hierarchii wartości w szerszej populacji.

Po drugie – należy wspomnieć o uzupełniających rezultatach badania osób po zawale serca, powtórzonego po trzech miesiącach. Po raz pierwszy chorych badano kilka dni po zawale. Świeżość tego doświadczenia oraz podawane chorym środki sedatywne mogły mieć wpływ na wyniki, dlatego badania powtórzone po trzech miesiącach. Wybory w zakresie preferowanych wartości pozostają stabilne (tab. 3). Tylko dwie wartości – *śława* i *tęsknota* – były znacząco rzadziej wybierane trzy miesiące po zawale, w porównaniu z wynikami badania pierwszego. Na wysokim miejscu w hierarchii wartości pozostaje *zdrowie*, nie jest to więc tylko reakcja na zaskakujące z reguły dolegliwości somatyczne w przebiegu zawału serca. Nie zmienia to faktu, że porównanie wyników pacjentów z osobami zdrowymi nie potwierdza hipotezy.

Przechodząc do analizy wyników wewnątrz grupy osób zdrowych, zwrócono uwagę na współzależność pomiędzy subiektywną oceną *zdrowia* a wrażliwością wobec *zdrowia* jako wartości (tab. 4).

Osób zdrowych, które wybrały *chorobę* jako wartość istotną i pozytywną było niewiele, bo zaledwie 11, czyli około 7%. Zgodnie z oczekiwaniem subiektywna ocena *zdrowia* w ich przypadku jest istotnie niższa w porównaniu z osobami, które *choroby* nie wybrały. Można by oczekiwać, że wyniki będą odwrotne, jeśli chodzi o wskazywanie *zdrowia* jako wartości, to znaczy, że osoby, które wybiorą *zdrowie*, będą charakteryzować się wyższą oceną subiektywną swego *zdrowia* niż te, które *zdrowia* nie wybiorą. I tu warto przypomnieć sformułowaną na wstępie hipotezę, zgodnie z którą relacje te nie są symetryczne. Rzeczywiście – osoby, które wskazały na *zdrowie* jako jedną z wartości istotnych i pozytywnych, a jest ich większość (92%), gorzej oceniły swoje *zdrowie* w porównaniu z tymi, które *zdrowia* nie wybrały. Natomiast osoby z najwyższą subiektywną oceną *zdrowia* (8%) pomijają *zdrowie* jako wartość, co potwierdza hipotezę. W rezultacie subiektywna ocena *zdrowia* badanych, którzy wybrali *zdrowie*, jest także niższa, podobnie jak tych, którzy wybrali *chorobę* (tab. 4).

Tabela 2.

Zróznicowanie wartości w grupie osób zdrowych ($n = 168$) i po zawale serca ($n = 120$). Pierwszych pięć wartości zaznaczono poprzez wycieniowanie pól

Wartości (S – postawy)	Osoby zdrowe			Osoby po zawale			Chi² (1) z po- prawką Yatesa	p
	Ranga	Ilość		Ranga	Ilość			
		0	1		0	1		
Choroba (S)	23,5	157	11	24,0	94	26	12,97	0,0003
Cierpienie (S)	22,0	151	17	23,0	87	33	13,55	0,0002
Dobra materialne	15,0	98	70	15,0	34	86	24,18	0,0001
Godność	7,0	52	116	10,5	15	105	12,34	0,0004
Kalectwo (S)	26,5	165	3	27,0	109	11	6,73	0,0095
Miłość	1,0	7	161	6,0	6	114	0,01	0,9617
Niepełnosprawność (S)	26,5	165	3	25,0	100	20	19,12	0,0001
Samotność (S)	25,0	159	9	26,0	103	17	5,59	0,0181
Nieśmiertelność	21,0	146	22	21,0	73	47	24,71	0,0001
Obowiązek	12,0	88	80	10,5	15	105	46,74	0,0001
Ojcostwo/macierzyństwo	4,0	28	140	5,0	4	116	11,29	0,0008
Piękno	13,0	89	79	12,0	23	97	32,26	0,0001
Poświęcanie się dla innych	14,0	93	75	8,0	13	107	57,76	0,0001
Prawda	5,0	37	131	3,5	3	117	20,71	0,0001
Przyjaźń	3,0	25	143	3,5	3	117	10,86	0,0010
Rozrywka	16,0	104	64	18,5	43	77	18,08	0,0001
Pożycie seksualne	11,0	82	86	13,0	27	93	19,49	0,0001
Rozwój	9,0	70	98	16,0	35	85	4,20	0,0405
Uroda	19,0	127	41	18,5	43	77	44,13	0,0001
Sława	23,5	157	11	22,0	84	36	26,50	0,0001
Wiedza	6,0	38	130	9,0	14	106	4,96	0,0260
Tęsknota	20,0	138	30	20,0	61	59	30,69	0,0001
Twórczość	18,0	113	55	17,0	41	79	29,50	0,0001
Wierność	8,0	59	109	1,5	1	119	47,83	0,0001
Wolność	10,0	74	94	7,0	12	108	37,14	0,0001
Zbawienie	17,0	110	58	14,0	30	90	44,30	0,0001
Zdrowie	2,0	13	155	1,5	1	119	5,80	0,0160

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3.

Zróznicowanie wartości w grupie osób badanych bezpośrednio po zawale serca i trzy miesiące później ($n = 32$). Pierwszych sześć wartości zaznaczono poprzez wycieniowanie pól. Pogrubiono współczynniki istotne

Wartości (S – postawy)	Bezpośrednio po zawale serca			Trzy miesiące po zawale serca			Chi ² (1) z po- prawką Yatesa	p
	Ranga	Ilość		Ranga	Ilość			
		0	1		0	1		
Choroba (S)	23,0	25	7	25,0	29	3	1,07	0,3017
Cierpienie (S)	24,0	26	6	22,0	26	6	0,10	0,7488
Dobra materialne	18,5	11	21	14,0	5	27	2,08	0,1489
Godność	9,5	4	28	8,5	2	30	0,18	0,6680
Kalectwo (S)	26,5	29	3	26,0	31	1	0,27	0,6057
Miłość	7,5	3	29	8,5	2	30	0,00	1,0000
Niepełnosprawność (S)	25,0	28	4	27,0	32	0	2,40	0,1213
Samotność (S)	26,5	29	3	21,0	26	6	0,52	0,4721
Nieśmiertelność	22,0	21	11	20,0	21	11	0,07	0,7924
Obowiązek	9,5	4	28	12,5	4	28	0,14	0,7055
Ojcostwo/macierzyństwo	3,0	1	31	5,5	1	31	0,52	0,4725
Piękno	11,5	6	26	15,0	6	26	0,10	0,7488
Poświęcanie się dla innych	5,5	2	30	8,5	2	30	0,27	0,6056
Prawda	3,0	1	31	2,5	0	32	0,00	1,000
Przyjaźń	5,5	2	30	2,5	0	32	0,52	0,4725
Rozrywka	15,5	9	23	17,5	13	19	0,62	0,4298
Pożycie seksualne	13,5	8	24	11,0	3	29	1,76	0,1851
Rozwój	15,5	9	23	12,5	4	28	1,54	0,2140
Uroda	18,5	11	21	17,5	13	19	0,07	0,7963
Sława	21,0	18	14	23,5	27	5	4,79	0,0286
Wiedza	11,5	6	26	5,5	1	31	2,57	0,1092
Tęsknota	20,0	17	15	23,5	27	5	5,89	0,0152
Twórczość	17,0	10	22	19,0	15	17	1,05	0,3055
Wierność	1,0	0	32	2,5	0	32	-	ni
Wolność	7,5	3	29	8,5	2	30	0,00	1,0000
Zbawienie	13,5	8	24	16,0	10	22	0,08	0,7810
Zdrowie	3,0	1	31	2,5	0	32	0,00	1,0000

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4.

Porównanie wyników kwestionariusza Moje Zdrowie (w stenach), w grupach osób zdrowych, które wybrały (1) bądź nie wybrały (0) wartości choroba i zdrowie w Kwestionariuszu Wartości ($n = 168$)

Statystyka	Choroba		Zdrowie	
	0	1	0	1
<i>N</i>	157	11	13	155
Moje Zdrowie – <i>M</i>	5,67	4,36	6,46	5,51
Moje Zdrowie – <i>SD</i>	1,93	2,46	2,07	1,97
<i>t</i> (166)	2,13 ($p = 0,0173$)		1,67 ($p = 0,0484$)	
	p testu Levene'a = 0,1311		p testu Levene'a = 0,7289	

Źródło: opracowanie własne.

4. Dyskusja i wnioski

W przedstawionych badaniach własnych zdrowie jest kategorią badaną z dwu stron: jako stan aktualny, oceniany subiektywnie oraz jako deklarowana wartość. Procedurę tę zastosowano tylko w grupie osób zdrowych. Pozwala ona na zestawienie oceny zdrowia z wrażliwością wobec zdrowia jako wartości. Okazuje się, że chociaż w całej grupie *zdrowie* jest na wysokim miejscu w hierarchii, to osoby z najwyższą oceną zdrowia nie wymieniają go jako znaczącej wartości.

Podobne w pewnym stopniu wyniki odnotowali Ware i Young (1979), którzy w pięciu dużych programach zbadali wartościowanie zdrowia przez dorosłych Amerykanów. Posługiwali się Skalą Wartości Milтона Rokeacha, wzbogaconą o kategorię *zdrowie*¹. Okazało się, że generalnie zdrowie należy do wartości umieszczanych najwyżej w hierarchii, niemniej jednak w różnych badaniach, od 20 do 40% osób nie umieszczało zdrowia wśród pięciu wartości stojących najwyżej w hierarchii. Ware i Young nie dysponowali samooceną zdrowia badanych. Wyniki badań własnych pozwalają oczekiwać, że wśród tych od 20 do 40% są osoby z wysoką oceną swojego zdrowia.

Porównanie wyników osób po zawale serca i zdrowych nie potwierdziło hipotezy o zależności pomiędzy doświadczeniem zawału a wrażliwością wobec zdrowia, jako wartości. Chorzy okazali się bardziej wrażliwi wobec wszystkich badanych wartości, a hierarchia w tej grupie nie różni się znamienne od hierarchii wartości osób zdrowych.

¹ Rokeach wyróżnia wartości ostateczne (indywidualne i społeczne) oraz instrumentalne (moralne i kompetencyjne). Zdrowie, jako jedna z wartości „ostatecznych”, pojawiło się w *Value Survey* Rokeacha dopiero w późniejszej wersji G z roku 1985, zresztą w miejsce szczęścia, które nie jest przecież alternatywą dla zdrowia (Brzozowski, 1989).

Natomiast analiza wyborów zdrowia i choroby jako wartości przez osoby zdrowe skłania do wniosku zgodnego z postawioną na wstępie hipotezą, a mianowicie, że gdy własne zdrowie oceniamy jako dobre, nie dostrzegamy zdrowia jako wartości.

Podjmując interpretację tego wyniku w kategoriach psychologicznej teorii radzenia sobie ze stresem, można powiedzieć, że postrzegamy zdrowie jako wartość wówczas, gdy jego utrzymanie lub odzyskanie wymaga pewnego wysiłku. Wysiłku, który jest definicyjnym kryterium zachowania określanego jako radzenie sobie. Zwracamy uwagę na zdrowie jako na wartość, gdy uruchamia ona proces radzenia sobie. Natomiast w mniejszym stopniu jesteśmy wrażliwi na zdrowie, jeśli stan zdrowia uważamy za normalny, gdy przychodzi nam bez trudu.

Dostrzeżony tu mechanizm poznawczy dotyczy atrybucji uwarunkowań stanu zdrowia. Można go nazwać *paradoksem normalności*. Paradoksem, bo należałoby sądzić, że będziemy cenić to, co mamy. Jednakże „stan posiadania” w zakresie zdrowia powszednie jako normalny. Określenie *paradoks normalności* nawiązuje do utożsamiania tego, co normalne, z tym, co oczywiste. Kategorii „Jestem zdrowy” przypisujemy dwie własności: normalność i oczywistość. Pierwszą prawidłowo – dobry stan zdrowia jest normalny, drugą iluzorycznie – nie jest oczywisty. Stabilizacja zdrowia, a tym bardziej jego rozwój, o który chodzi w psychologii zdrowia, wymaga określonych zachowań, związanych z wysiłkiem. Stwierdzenie: „Jestem zdrowy, bo to jest normalne i oczywiste” nie jest w tym kontekście poprawne. Bardziej prawidłowe jest: „Jestem zdrowy, ponieważ wkładam wysiłek w to, aby być zdrowym”. Wydaje się jednak, że człowiek często musi sam odkryć znaczenie paradoksu normalności. Fakt, że należy dbać o zachowanie tego, co normalne, dociera do jego świadomości dopiero wtedy, gdy odczuwa, zazwyczaj w sposób dotkliwy, że nie jest to oczywiste.

Pojawia się pytanie, jak dalece można generalizować stwierdzenie, że **człowiek nie docenia tego, czym dysponuje** w stosunku do innych wartości, poza zdrowiem. Czy generalnie jest tak, że musimy przeżyć kryzys małżeński, dekonstrukcję środowiska pracy, zniewolenie narodu, aby dostrzegać, że kryją one podstawowe dla nas wartości, które nie są oczywiste? Odpowiedzi na te pytania wymagają przeprowadzenia szeregu badań, w których można wykorzystać przedstawioną tu procedurę. Wymaga ona zastosowania dwu niezależnych metod, z których jedna będzie dotyczyła oceny określonej kategorii, badanej jako aktualny stan czy dyspozycja, a druga metoda – tej samej kategorii jako deklarowanej wartości.

Zadaniem psychologii zdrowia jest uowszechniać refleksję o zdrowiu jako zasobie naturalnym, ale nie oczywistym, celem zwiększenia wrażliwości wobec zdrowia jako wartości. Sposób postrzegania zdrowia ma duże znaczenie motywacyjne. Dowodzą tego przeprowadzone w Anglii badania Kristiansena (1985), który wykazał, że osoby, które podejmują zachowania prewencyjne, przypisują zdrowiu większą wartość. Znaczenie postrzegania zdrowia jako wartości badali również Wallstonowie i Maides (1974, za Bruhn i Henderson, 1991), którzy stwierdzili, że plasowanie zdrowia wysoko w hierarchii wartości idzie w parze z zachowaniem typu *health care information-seeking* (zapotrzebowanie na informacje związane z opieką zdrowotną). Badania te potwierdzają aksjologiczny wymiar motywacji do zachowań prozdrowotnych. Redukcja paradoksu normalności w za-

kresie postrzegania zdrowia może przełożyć się na zachowania prozdrowotne, uprzedzające kryzys.

Na podstawie przedstawionych badań można sformułować następujące wnioski:

1. Osoby po zawale mięśnia serca charakteryzuje znacząco większa wrażliwość wobec wartości w porównaniu z osobami zdrowymi. Wrażliwość owa utrzymuje się w okresie trzech miesięcy po zawale.
2. Zdrowie jako wartość zajmuje jedno z pierwszych miejsc w hierarchii wartości osób zdrowych i po zawale serca. Wysoka pozycja zdrowia jest stabilna w okresie trzech miesięcy po zawale serca.
3. Podobnie kształtuje się początek hierarchii wartości w dwu niezależnych badaniach, co inspirowa do identyfikacji hierarchii typowej w szerokim kręgu społecznym.
4. Osoby zdrowe, które wysoko oceniły swoje zdrowie, nie dostrzegają zdrowia jako wartości istotnej i pozytywnej w swoim życiu w odróżnieniu od osób, które stan swego zdrowia oceniają jako słabszy. Wynik ten zinterpretowano jako następstwo działania mechanizmu poznawczego, nazwanego *paradoksem normalności*.
5. Rezultat ten ukierunkowuje strategię promocji zdrowia: należy je ukazywać w sposób pozwalający na zróżnicowanie kryterium normalności i oczywistości, to znaczy jako wartość pozytywną, dającą profity, która jednak nie przychodzi łatwo, o którą trzeba zabiegać. Zdrowie może być wówczas kategorią bardziej motywującą do zachowań prozdrowotnych niż gdy będzie postrzegane jako stan normalny, który jest oczywistością.
6. Konkluzja ogólna, że człowiek nie docenia tego, czym dysponuje, wymaga odrębnych badań w zakresie mechanizmów warunkujących postrzeganie różnych wartości.

Bibliografia

- Bruhn, J.G., Henderson, G. (1991). *Values in Health Care. Choices and Conflicts*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Brzozowski, P. (1995). *Skala Wartości (SW). Polska adaptacja Value Survey M. Rokeacha. Podręcznik*. Warszawa: Laboratorium Technik Diagnostycznych im. Bogdana Zawadzkiego.
- Fitts, W.F. (1964). *Tennessee Self Concept Scale*. Tennessee: Counselor Recordings & Tests.
- Frankl, V.E. (1959). *Man's search for meaning. An introduction to logotherapy*. New York: Beacon Press.
- Frankl, V.E. (1970). Redukcjonizm. *Więź*, 9, 3–14.
- Frankl, V.E. (1984). *Homo patiens*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Kristiansen, C.M. (1985). Value correlates of preventive health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 748–758.
- Nelicki, A. (1990). „Metakliniczna” koncepcja osoby V.E. Frankla. W: A. Gałdowa (red.), *Wybrane koncepcje osobowości* (cz. 1, 139–158). Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
- Popielski, K. (1994). *Neotypyczny wymiar osobowości*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Wallston, K.A., Maides, S.A., Wallston, A.A. (1974). *Health care information seeking as a function of health locus of control and health values* (kopia mimeograficzna). Nashville, TN: Vanderbilt University.

- Ware, J.E., Young, J. (1979). Issues in the conceptualization and measurement of value placed on health. W: S.J. Mushkin, D.W. Dunlap (red.), *Health: What is it worth?* (s. 141–166). New York: Pergamon.
- Wrońska, I., Mianowana, V., Kulik, T.B. (2002). The value of health in the opinion of patients after myocardial infarction. *Annales Universitatis Mariae Curie Skłodowska. Sectio D: Medicina*, 57(1), 196–203.